

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

別紙2-4（表）
支老*

申請対象年度		2XZ9年度		申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	(保険者等記入欄)				支給申請書整理番号					
申請形態		1. 計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)				2. 計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり)		3. 計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり)				4. 死亡・海外移住等計算期間中申請					
氏 名	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					生年月日	2XZ9年Z9月Z9日			個人番号							
										計算期間の始期及び終期		2XZ9年Z9月～2XZ9年Z9月					
国民健康保険資格情報																	
保険者番号		被保険者記号		被保険者番号		続柄		保険者名称			加入期間						
						1.世 帯 主 2.擬制世帯主 3.世 帯 員											
後期高齢者医療資格情報																	
保険者番号		被保険者番号				広域連合名称				加入期間							
8XXXXXXX		8XXXXXXX				兵庫県後期高齢者医療広域連合				2XZ9年Z9月Z9日 ～ 2XZ9年Z9月Z9日							
介護保険資格情報																	
保険者番号		被保険者番号				保険者名称				加入期間							
6XXXXXX		10XXXXXXX				11XXXXXXXXXX				2XZ9年Z9月Z9日 ～ 2XZ9年Z9月Z9日							
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信金・組合 協同組合	金融機関コード		本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号				口座名義人(カタカナ)		振込先口座管理番号		
口座振込										1.普通預金 2.当座預金 4.貯 蓄							
保険者加入歴	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		備考欄										
	1																
	2																
	3																
	4																

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛 / 10XXXXXXXX 長宛

上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。また、上記保険者加入歴に記載のある被保険者において自己負担額がある場合、他の保険者に対する支給申請並びに自己負担額証明書の交付申請及び受領に関するすべての権限を委任します。また、当該事務において被保険者の個人情報を使用及び取得することに同意します。

なお、福祉医療制度の助成を受けていた場合、高額介護合算療養費には市町が既に助成した金額が含まれているため、あらかじめその額を差し引いて支給されること(支給額が0円になる場合も含みます)及び、その差し引かれた金額を広域連合から当該市町に支払うことに同意します。また、差し引かれずに支給された場合には、当該市町への返還に応じます。

本申請に係る給付業務(給付調整を含む)に必要な情報を関係保険者等の間で共有することに同意します。

(勸奨用) # 999999999 * 注意:裏面もご確認ください。

郵便番号	—	年	月	日
住所				
申請者氏名				
電話番号	()	—		

Z9	人中	Z9	人目	1	枚中	1	枚目
----	----	----	----	---	----	---	----

高額介護合算療養費・高額医療合算介護(予防)サービス費受領申立書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛
市・区・町長 宛

申立人

相続人(被保険者との続柄:)

(〒 -)

住 所

電 話

氏 名

下記被保険者(被相続人)の死亡に伴い、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される高額介護合算療養費、介護保険法に基づいて支給される高額医療合算介護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費については、上記相続人が受領するものであることを申し立ていたします。

なお、他の相続人から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合及び当該市(区)町には一切迷惑をかけないことを確約します。

被 保 険 者 (被相続人)	後期高齢者医療 被保険者番号										
	介護保険 被保険者番号										
	氏 名										
	住 所										
	死亡年月日	年 月 日									

高額介護合算療養費及び高額医療合算介護(予防)サービス費については表面申請書に記載の口座に振込んでください。この口座振替によって支払の効力が生ずることについて異議ありません。

なお、申立人と口座名義人が異なる場合は、下記受任者に受領委任します。

(※ 申立人と口座名義人が同一の場合は下記受任者欄は記入不要です。)

受任者 (口座名義人)	住 所										
	氏 名							申立人 との続柄			
	生年月日	年 月 日									
	電話番号										

【続柄図】

別紙2-4（裏）

＜記入方法＞

枠内に被保険者(被相続人)と、申立人(相続人)の氏名だけを記入してください。
その他の枠は空白としてください。



※ ①～③は相続にかかる優先順位です。
相続関係が分かるものを添付ください(コピーでかまいません)

例1 戸籍謄本(抄本)

なお、被保険者(被相続人)と申立人(相続人)が住民票上、同じ世帯の場合は、不要です(同じ住所であっても住民票上、別の世帯の場合は、添付が必要です)

例2 遺言状、公正証書

遺言等により申立人(相続人)に指定された場合に、添付してください。

〈本人確認書類〉

- ・窓口申請書を持参される場合は、「申立人(相続人)」と「窓口に来られる方」の本人確認書類(原本)をご持参ください。
- ・郵送で申請書を提出される場合は、「申立人(相続人)」の本人確認書類(コピー)を添付ください。

例 運転免許証、マイナンバーカード、官公庁発行の顔写真付きの身分証明書、当広域連合の被保険者は後期高齢者医療被保険者証 のうち、いずれか1点。

市区町職員 記入欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> ()	年 月 日	